

cantidades por precipitación; y el Dr. Seidel, de Tubinga, sin precipitación, pero por medio del benzol, cantidades, mayores, pero que no cristalizaban. El Prof. von Euler, de Estocolmo, declaró que en su laboratorio ha podido convertir la carotina en vitamina A en el suero de las gallinas, a las que administrara carotina.

*Determinación experimental del valor de la fototerapia.*—Fundándose en dos años de observación en más de 800 animales en que produjeron raquitismo experimental, Bunker y Harris<sup>49</sup> opinan que no está bien fundada la creencia, algo difundida, de que el efecto antirraquítico de la luz en las ratas blancas se limita a la zona ultravioleta en la proximidad de 3,000 A., y que las otras partes del espectro de la lámpara de arco voltaico, no ejercen también su efecto. Para ellos, es todavía posible que el futuro demuestre que rayos de otras ondas son igualmente útiles.

*Dosis pequeñas de rayos.*—Para Vollmer,<sup>50</sup> el resultado es idéntico con la actinoterapia en el raquitismo, ya se empleen dosis grandes o pequeñas. A 43 lactantes de un centro, les administró un tratamiento semanal que duraba 4 a 5 minutos, a una distancia de 80 cms. Si el raquitismo era muy grave, comenzaba con 2 dosis semanales. De ese modo, se curaron la mayor parte de los casos de raquitismo, tras 100 minutos de tratamiento con la lámpara, sin observarse recaídas después. Para el autor, la dosis eficaz mínima consiste en una irradiación semanal de 4 a 5 minutos en el tórax y dorso.

*Tetania en México.*—Torroella<sup>51</sup> declara que la tetania, prácticamente, es enfermedad que no cuenta en México. Dado el estrecho parentesco etiológico que parece existir entre raquitismo y tetania, no es de extrañar que donde falta el primero, sea excepcional la segunda. En México la falta del mal se debe, menos que a la integridad paratiroidea, a condiciones de medio desfavorables para su producción. Los únicos casos descritos hasta ahora en el país son el de González, de León, coexistente con catarata zonular doble congénita, y otro presentado no hace mucho tiempo a la Academia por López. En más de 12,000 niños estudiados por el autor, jamás ha observado uno con tetania, y otros mexicanos tampoco han observado casos ni en los niños ni en las embarazadas.

## ENCEFALITIS EPIDÉMICA

*Costa Rica.*—En 1929 se presentó en Costa Rica el primer caso de encefalitis epidémica debidamente comprobado, en un colombiano, y después de la epidemia de gripe de 1928.<sup>52</sup> El Dr. Brinkmann, director del Asilo de Insanos, ha facilitado a los autores otra observa-

<sup>49</sup> Bunker, J. W. M., y Harris, R. S.: Am. Jour. Pub. Health 20:1287 (dubre.) 1930.

<sup>50</sup> Vollmer, H.: Klin. Wchnschr. 9:2300 (dubre. 6) 1930.

<sup>51</sup> Torroella, M. A.: Gac. Méd. Méx. 61: 570 (obre.) 1930.

<sup>52</sup> Luján, M., y Nauck, E.: Rev. Méd. Lat.-Am. 16: 184 (nbre.) 1930.

ción, ésta en un costarricense. En lo que sepan los autores, la encefalitis epidémica no había sido señalada antes en Centroamérica. Uno de los autores tuvo ocasión de examinar una multitud de casos de gripe (más de 7,000 en San José) en la epidemia de 1928, y pudo constatar, además de las formas banales, la frecuencia de formas nerviosas con profunda astenia y mal estado general. La relación entre la gripe y la encefalitis epidémica parece evidente, por lo menos en lo que respecta a Costa Rica. El ambiente montañoso y alto, y el apartamiento de la población, en su mayoría rural, quizás contribuyeran a impedir la propagación de la encefalitis. En otro caso clínico, pero sin estudio anatomopatológico, presentado en 1923 por Odio de Granda, se estableció la misma coincidencia. En los dos casos descritos ahora no se puede hablar de contagio venido del exterior, pues un individuo habitaba en el país desde hacía 6 años, y el otro era un campesino.

*Inglaterra.*—La propagación de los casos de encefalitis epidémica en Inglaterra, hizo crear en 1925 un hospital especial para observar y tratar las secuelas de la enfermedad.<sup>53</sup> En Inglaterra y Gales, los casos se elevaron de 541 en 1919, a 5,039 en 1924, bajando luego a 1,036 en 1929, y en Londres subieron de 85 a 600, para bajar a 92. La mortalidad comunicada es de 53 por ciento, pero esa cifra es probablemente demasiado alta, pues muchos casos son tan ligeros que no son denunciados en el período agudo, y sólo se diagnostica la enfermedad al presentarse secuelas. Probablemente, como la tercera parte de los casos resultan mortales, y de la mitad a dos terceras partes de los sobrevivientes acusan manifestaciones crónicas. Un efecto conocido es el deterioro del carácter y de la moral, sobre todo en los niños. En el hospital de Londres, los casos más leves mejoran bastante, pero ha habido recidivas. En los casos más graves, el beneficio no ha sido tan grande, y como la causa subyacente es probablemente orgánica, sólo es posible el tratamiento paliativo. En todo el mundo, ha habido una disminución constante de los casos en los últimos 5 ó 6 años, y se espera que la enfermedad se vaya extinguiendo; pero los que tienen secuelas, exigirán tratamiento por muchos años todavía.

*Varias formas.*—Miller<sup>54</sup> declara que ha observado recientemente en su clientela 4 formas de encefalitis, o sean: meningoencefalitis parotídica, encefalitis postvacunal, postsarampionosa, y encefalitis hemorrágica postarsenical. Describe un caso de cada una, y cita otras observaciones de la literatura.

*Forma aguda.*—Hyge y colaboradores<sup>55</sup> describen 29 casos con 6 muertes, de encefalitis aguda. De los sobrevivientes, 12 manifiestan varios síntomas psíquicos y neurológicos, 3 ligeras secuelas, y 8 se

<sup>53</sup> Carta de Londres: Jour. Am. Med. Assn. 96: 2134 (jun. 20) 1931.

<sup>54</sup> Miller, M. K.: Jour. Am. Med. Assn. 97: 161 (jul. 18) 1931.

<sup>55</sup> Hyge, T., Levison, P., y Wulff, F.: Hospitalsnde. 74: 185 (fbro. 12) 1931.

hallan bien. Los enfermos de los 2 últimos grupos han recobrado su capacidad para el trabajo. En el primer grupo, 3 no pueden trabajar, 4 no poseen capacidad completa para el trabajo, y 5 se encuentran normales o casi normales en ese sentido.

*Signos pupilares.*—Cuatrecasas <sup>56</sup> describe 31 casos de parkinsonismo encefalítico, en que aparecieron las más diversas modificaciones pupilares. Las más frecuentes fueron: disociación del Argyll-Robertson invertido, midriasis, anisocoria, rigidez y, por fin, el Argyll-Robertson típico y el unilateral. El valor diacrítico de esos signos sirve a veces para el diagnóstico retrospectivo de la encefalitis.

*Tratamiento con atropina.*—Los resultados poco satisfactorios con otras terapéuticas, impulsaron a Lewenstein <sup>57</sup> a probar la administración de dosis masivas de atropina que recomendara Klemann, en 30 enfermos de encefalitis epidémica. Comenzó con una gota tres veces diarias de una solución del sulfato a 0.5 por ciento, que equivale a 0.75 mgm., aumentando gradualmente la dosis a un máximo que, por lo general, no pasó de 20 mgm. diarios. La dosis media necesaria para el tratamiento permanente, varió de 7 a 15 mgm. El autor recomienda además el ejercicio para los enfermos, y la terapéutica profesional. Considerado el efecto, para Lewenstein la atropinoterapia resulta superior a los demás métodos recomendados para las secuelas crónicas de la enfermedad, pero sólo debe administrarse en una institución.

---

## MENINGITIS

*Ecuador.*—Wandemberg <sup>58</sup> repasa la situación relativa al Ecuador. La meningitis cerebrospinal epidémica fué denunciada por primera vez en Guayaquil en 1903 por Arzube Cordero y Alcívar. El autor comprobó su existencia en Quito en 1923 y 1924. La poliomiелitis y la encefalitis epidémica han sido denunciadas en muy contadas ocasiones, y se ha notado cierta resistencia a aceptar el diagnóstico, por falta de comprobación de laboratorio. Dávila denunció en 1929 un caso de *encefalitis epidémica* en Quito en un niño de 5 años de edad, que murió. Estudiando las estadísticas de 1929 y 1928, obsérvanse en el primer semestre de 1929, 19 defunciones por meningitis y 7 por infecciones agudas del sistema nervioso central, con nombres diferentes, como: parálisis, meningoencefalitis y hemiplejía; comparado con 60 en 1928 y 16 en dos semestres de 1924 y 1925. Hay, pues, un aumento muy notable, cuya iniciación es preciso conocer. La dificultad de diagnóstico y falta de medios, sobre todo en la clientela particular, apoyan la creencia de que, aunque las estadísticas no muestren

<sup>56</sup> Cuatrecasas, J.: Rev. Méd. Barcelona 8: 119 (fbro.) 1931.

<sup>57</sup> Lewenstein, H.: Deut. med. Wchnschr. 57: 1014 (jun. 12) 1931.

<sup>58</sup> Wandemberg, B.: Bol. Hosp. Civil San Juan de Dios 5:23 (ene.-jun.) 1930.